



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

**Prevalencia de infecciones ginecológicas y obstétricas
asociadas con prematuridad en el Hospital “Vicente Corral
Moscoso”, Cuenca. 2015-2019.**

Proyecto de investigación previo a la obtención

del título de Médico

Autores:

Ana Paula Luzuriaga Orellana

CI: 0106458623

Correo electrónico: anapaula.197@hotmail.com

Brian Josué Lucero Pazmiño

CI: 0106770415

Correo electrónico: brianlucero2021@outlook.com

Director:

Dr. Jorge Victoriano Mejía Chicaiza

CI: 0101557890

Cuenca, Ecuador

07/Julio/2021



Resumen:

Antecedentes: El parto prematuro se define como la aparición de contracciones uterinas regulares asociadas con cambios cervicales entre 28 y 36 semanas con 6 días de gestación; tiene múltiples etiologías como las infecciones ginecológicas y del tracto urinario; es la causa del 85% de morbilidad y mortalidad neonatal.

Objetivo: Determinar la prevalencia de infecciones ginecológicas y obstétricas asociadas con prematuridad en el Hospital “Vicente Corral Moscoso”, Cuenca, 2015-2019.

Diseño metodológico: Estudio analítico, transversal, retrospectivo. Universo de 221 historias clínicas de pacientes obstétricas atendidas por el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”. Los datos se recopilaban en una ficha de registro, fueron transcritos y procesados en el software estadístico SPSS v25.

Resultados: La prevalencia de infecciones ginecológicas y obstétricas asociadas con prematuridad fue del 51,7%, 66,1% tienen de 20 a 35 años; 48,0% tienen sobrepeso; 73,8% con período intergenésico mayor a 24 meses; 45,5% con patologías previas; 44,8% tuvo controles prenatales inadecuados; 38,0% presentaron infección del tracto urinario y 13,7% infecciones vaginales. Se encontró asociación significativa para parto prematuro entre período intergenésico menos 24 meses ($p: 0,041$) y control prenatal menos de 3 ($p: 0,001$), asociado a presencia de infecciones gineco-obstétricas.

Conclusiones: la principal etiología de partos prematuros fueron las infecciones ginecológicas y obstétricas en pacientes gestantes.

Palabras clave: Parto prematuro. Infecciones ginecológicas. Infecciones obstétricas. Factores de riesgo.



Abstract:

Background: Preterm labor is defined as the appearance of regular uterine contractions associated with cervical changes between 28 and 36 weeks with 6 days of gestation; it has multiple etiologies such as gynecological and urinary tract infections; it is the cause of 85% of neonatal morbidity and mortality.

Objective: To determine the prevalence of gynecological and obstetric infections associated with prematurity at the Hospital "Vicente Corral Moscoso", Cuenca, 2015-2019.

Methodological design: Analytical, cross-sectional, retrospective study. Universe of 221 medical records of obstetric patients attended by the gynecology and obstetrics service of the Hospital "Vicente Corral Moscoso". The data were compiled in a registration form, were transcribed and processed in the statistical software SPSS v25.

Results: The prevalence of gynecological and obstetric infections associated with prematurity was 51.7%, 66.1 are between 20 and 35 years old; 42.5% are in free union; 51.1% are high school graduates; 54.2% do not work; 48.0% are overweight; 44.3% with a single pregnancy; 44.8% are nulliparous; 73.8% with intergenetic period greater than 24 months; 45.5% with previous pathologies; 44.8% had inadequate prenatal controls; 38.0% presented urinary tract infection and 13.7% vaginal infections. A significant association was found between the intergenetic period ($p: 0.041$) and prenatal control ($p: 0.001$), regarding the presence of gynecological-obstetric infections.

Conclusions: the high presence of preterm birth is due to the large percentage of gynecological and obstetric infections in pregnant patients.

Keywords (DeCS): Preterm labor. Gynecological infections. Obstetric infections. Risk factors.



Índice

ÍNDICE	4
I. INTRODUCCIÓN	14
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
III. JUSTIFICACIÓN	16
IV. FUNDAMENTO TEÓRICO	17
Prematuridad	17
Definición	17
Amenaza de parto prematuro	17
Epidemiología del parto prematuro	17
Infecciones ginecológicas y obstétricas	18
Vaginosis bacteriana	18
Candidiasis vulvovaginal	19
Tricomoniasis	19
Estado del arte	20
V. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	23
Objetivo general	23
Objetivos específicos	23
VI. DISEÑO METODOLÓGICO	24
Tipo de estudio y diseño general	24
Variables	24
Universo y muestra	24
Área de estudio	25
Criterios de inclusión y exclusión	25
Método, técnicas e instrumentos para la recolección de la información	25
Procedimientos, métodos e instrumentos	25
Aspectos éticos	26
VII. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	27
Programas utilizados	27



VIII. RESULTADOS	28
IX. DISCUSIÓN	38
X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
Conclusiones	43
Recomendaciones	44
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
XII. ANEXOS	49
Anexo 1. Operacionalización de variables	49
Anexo 2. Formulario de recolección de datos	51
Anexo 3. Solicitud de autorización	53



Índice de Tablas

Tabla 1. Distribución de 221 pacientes con parto pretérmino atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, periodo 2015–2019, según edad, estado civil, tipo de residencia, nivel educativo y ocupación. Cuenca- Ecuador 2021.	28
Tabla 2. Distribución de 221 pacientes con parto pretérmino atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, según estado nutricional. Periodo 2015–2019. Cuenca-Ecuador 2021.....	29
Tabla 3. Distribución de 221 pacientes con parto pretérmino atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, periodo 2015–2019, según número de gestaciones. Cuenca- Ecuador 2021.....	29
Tabla 4. Distribución de 221 pacientes con parto pretérmino atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, periodo 2015–2019, según paridad. Cuenca- Ecuador 2021.....	30
Tabla 5. Distribución de 122 pacientes con parto pretérmino y uno o más partos atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, periodo 2015–2019, según período intergenésico. Cuenca- Ecuador 2021.....	30
Tabla 6. Distribución de 221 pacientes con parto pretérmino atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, periodo 2015–2019, según patologías. Cuenca- Ecuador 2021.	31
Tabla 7. Distribución de 221 pacientes con parto pretérmino atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, periodo 2015–2019, según edad gestacional. Cuenca-Ecuador 2021.....	31
Tabla 8. Distribución de 221 pacientes con parto pretérmino atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, periodo 2015–2019, según control prenatal. Cuenca- Ecuador 2021.	32
Tabla 9. Distribución de 221 pacientes con parto pretérmino atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, periodo 2015–2019, según afecciones del embarazo actual. Cuenca- Ecuador 2021.....	32
Tabla 10. Distribución de 221 pacientes con parto pretérmino atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, periodo 2015–2019, según tipo de parto. Cuenca- Ecuador 2021.....	33



Tabla 11. Distribución de 221 pacientes con parto pretérmino atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, periodo 2015–2019, según resultado del examen de orina. Cuenca- Ecuador 2021.....	35
Tabla 12. Prevalencia de infecciones ginecológicas en pacientes con parto pretérmino atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, periodo 2015–2019. Cuenca- Ecuador 2021.....	35
Tabla 13. Comparativo entre infecciones ginecológicas y obstétricas respecto a variables de estudio en pacientes con parto pretérmino atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, periodo 2015–2019. Cuenca- Ecuador 2021.....	37
Tabla 14. Operacionalización de variables	49



Cláusula de Propiedad Intelectual

Yo, Ana Paula Luzuriaga Orellana, autora del proyecto de investigación "PREVALENCIA DE INFECCIONES GINECOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS ASOCIADAS CON PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", CUENCA. 2015-2019", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 07 de Julio del 2021

.....
Ana Paula Luzuriaga Orellana
C.I: 0106458623



Cláusula de Propiedad Intelectual

Yo, Brian Josué Lucero Pazmiño, autor del proyecto de investigación "PREVALENCIA DE INFECCIONES GINECOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS ASOCIADAS CON PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", CUENCA. 2015-2019", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 07 de Julio del 2021

.....
Brian Josué Lucero Pazmiño
C.I: 0106770415



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

Yo, Ana Paula Luzuriaga Orellana, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "PREVALENCIA DE INFECCIONES GINECOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS ASOCIADAS CON PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", CUENCA. 2015-2019", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 07 de Julio del 2021

f) 

Ana Paula Luzuriaga Orellana
C.I: 0106458623



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

Yo, Brian Josué Lucero Pazmiño, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "PREVALENCIA DE INFECCIONES GINECOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS ASOCIADAS CON PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", CUENCA. 2015-2019", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 07 de Julio del 2021

f)

Brian Josué Lucero Pazmiño
C.I: 0106770415



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, la fe ha sido una de las cosas que me ha permitido seguir incluso en los momentos más difíciles.

A mi familia, que estuvieron en las buenas, y sobre todo en las malas, con paciencia y amor incondicional. De manera especial a mi madre, sin ella tal vez yo no habría escogido este camino.

A nuestro director de tesis, gracias a profesionales como él, llegó la inspiración de hacer la presente investigación dirigida a la especialidad de ginecología y obstetricia. Además por su paciencia, guía y tiempo invertido en este trabajo.

A mi compañero de tesis, este trabajo es una de las tantas cosas que nos une, y espero sigan habiendo muchas más.

Ana Paula Luzuriaga Orellana



AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis abuelitos por enseñarme que si eres humilde logras grandes cosas y que no solo ser un profesional te abre puertas, sino ser un buen ser humano.

A mis padres que he tenido la suerte de estar individualmente con ellos, los admiro y respeto mucho, siempre me dan una mano en los momentos más difíciles, a mi madre por estar siempre ahí, y mi padre por hacerme tener esperanza que las personas mejoran aún con el tiempo.

A mis amigos por apoyarme y aunque son pocos, considero que estarán toda la vida

A mi compañera de tesis, la mejor persona que he conocido y que espero estar para ella sin lugar a duda hasta en los peores y mejores momentos.

A mi pareja que me ha dado palabras de aliento en todo el año del internado, no me ha dejado rendirme.

Pero sobre todo a Dios que me ha acompañado todo este tiempo, muy seguramente no le defraudaré, estoy en su camino y en donde Él me ponga será el lugar correcto.

Brian Josué Lucero Pazmiño

I. INTRODUCCIÓN

El parto prematuro es aquel que parto que ocurre antes de las 36 semanas con 6 días de gestación(1). Anualmente, alrededor de 15 millones de bebés prematuros nacen en todo el mundo, de los cuales un millón muere debido a complicaciones; el parto pretérmino puede tener varias consecuencias mórbidas para los recién nacidos, como problemas motores y cognitivos, visuales, de comportamiento y de crecimiento, según la literatura; esto hace que la investigación de los factores que conducen al parto prematuro sea extremadamente relevante (2).

Las infecciones genitourinarias son propensas a proliferar cuando hay una condición antihigiénica durante el embarazo; estas son consideradas como una causa importante de parto prematuro, el cual es uno de los principales motivos de morbilidad y mortalidad neonatal. La vaginosis bacteriana, la candidiasis vulvovaginal y la tricomoniasis son afecciones responsables de cerca del 90% de los casos de enfermedades infecciosas, tales como la vulvovaginitis, que pueden conducir a complicaciones ginecológicas y obstétricas, como la enfermedad inflamatoria pélvica, endometritis postaborto, corioamnionitis y el parto prematuro, siendo la infección más común relacionada con este la vaginosis bacteriana (3).

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El parto es definido como la etapa en la que se logra la resolución del proceso de gestación, es decir, el nacimiento del ser que se estuvo formando a lo largo de los meses anteriores (4). Asimismo, el parto consiste en la expulsión del feto al mundo exterior mediante el tracto genital, denominado parto normal, o a través del procedimiento quirúrgico de cesárea (5).

En la literatura, se considera que la etiología del parto prematuro es de carácter multifactorial (6). Entre los diferentes factores de riesgo referenciados en la literatura se encuentran las infecciones ginecológicas y obstétricas; enfermedades como la vaginosis bacteriana, candidiasis vulvovaginal y tricomoniasis representan una frecuencia de 9 de cada 10 de los casos de infección(3).

En la revisión de las investigaciones publicadas, no se han encontrado estudios recientes acerca del parto pretérmino y la asociación con las infecciones ginecológicas y obstétricas en el Cantón Cuenca, lo que representa falta de información actualizada y desconocimiento de la situación actual de este problema, ya que es necesario determinar si las infecciones gineco-obstétricas están determinando, de alguna manera, el término adecuado del embarazo y por consiguiente la salud del feto.

La prematuridad es la causa de, aproximadamente, el 85% de muertes perinatales (7); esto es un indicador alarmante en relación con la salud del recién nacido (RN) y su desarrollo. En la medida en que se identifique y determine la relación que existe entre los factores de riesgo y la prematuridad, se podrán establecer acciones más precisas que reduzcan el número de muertes perinatales.

Según Zerna-Bravo et al.(8), entre las causas más importantes del parto prematuro en su investigación fueron las infecciones de vías urinarias, así como la vaginosis y otras patologías que se presentan en la madre, incluso traumatismos, los cuales que pueden desencadenar el parto pretérmino. La vaginosis bacteriana (VB), es la enfermedad vaginal más usual en las mujeres durante su edad reproductiva; es generada por el desbalance o desequilibrio en el ecosistema vaginal, produciendo severas complicaciones en la salud reproductiva y en el embarazo (9).

A partir de los elementos presentados anteriormente, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es la prevalencia de las infecciones ginecológicas y obstétricas en las pacientes con parto pretérmino del departamento de ginecología y obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso” durante el período 2015-2019?

III. JUSTIFICACIÓN

La prevención del parto prematuro es de suma relevancia, ya que prevalece la morbilidad y mortalidad asociada a esta condición; por lo que, es importante identificar los factores de riesgo predisponentes del parto pretérmino relacionados con la salud ginecológica de la madre, con el fin de tratar y prevenir aquellos factores que sean modificables, con lo cual se logre la intervención oportuna que ayude a reducir la incidencia del parto pretérmino.

A partir de la problemática planteada previamente, se considera relevante el estudio de las características del parto pretérmino, así como los factores asociados con este y relacionados con la salud ginecológica de las madres, al analizar la influencia de las infecciones vaginales y obstétricas; con ello se puede conocer el estado actual de la situación, así como diseñar y presentar estrategias dirigidas a la prevención y atención con el fin de disminuir el impacto que dichas infecciones pueden causar en la gestación y, posteriormente, en la salud del neonato.

El estudio contribuirá en la ampliación de conocimientos respecto a la relación entre las infecciones gineco-obstétricas y el parto pretérmino, así como realizar la comparación de los resultados que se obtengan con estudios similares.

El trabajo de investigación que se plantea representa una actualización y ampliación del conocimiento relacionado con la problemática, puesto que en la localidad no se encuentran estudios recientes similares. Además, el estudio se enmarca dentro de las áreas prioritarias de investigación del Ministerio de Salud Pública (MSP) 2013–2017, ubicándose en la séptima área de investigación del MSP: Neonatales, específicamente en lo referente a las complicaciones del parto pretérmino y de la Universidad de Cuenca en el área de medicina clínica.

El trabajo tiene utilidad metodológica y científica, ya que pueden realizarse futuras investigaciones con desarrollo sistemático similar con lo que se posibilitarán y facilitarán los análisis conjuntos, comparaciones en periodos temporales concretos; mientras que, por otro lado, la investigación es viable, puesto que se dispone de los recursos necesarios para llevarla a cabo.

Los resultados del estudio serán publicados en el repositorio electrónico de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, con lo que se facilitará el acceso a todas las personas que presenten interés y les resulte de utilidad el estudio.

IV. FUNDAMENTO TEÓRICO

Prematuridad

Definición

El parto prematuro o pretérmino (PP) se define como la presencia del nacimiento antes del término de la gestación, es decir, niños nacidos antes de la madurez fetal cuyo período es inferior a las 37 semanas de gestación (10). También, se establece en la literatura que, el parto pretérmino es aquel que se da después de las 20 semanas de gestación y antes de completar las 37; independientemente del peso al nacer, lo cual es útil para otros análisis relacionados con la salud del recién nacido (RN) (11).

La etiología del PP está poco establecida, ya que esta contempla un conjunto amplio de factores que se encuentran vinculados entre sí, lo que orienta, cada vez más, hacia la explicación multicausal, puesto que intervienen factores socio ambientales, biológicos y genéticos, los cuales se basan en eventos fisiopatológicos, tales como: infección-inflamación, distensión uterina y trastornos vasculares (12).

Amenaza de parto prematuro

La amenaza de PP, está determinada por la presencia de contracciones uterinas regulares, que se encuentran asociadas con modificaciones cervicales, que se presentan después entre las 20 y 37 semanas de gestación (13).

Epidemiología del parto prematuro

Se ha determinado que, los RN prematuros tienen mayor probabilidad de sufrir morbilidad y mortalidad infantil, especialmente durante el primer año de vida, por lo que la prevención del parto pretérmino es de suma importancia (2). La morbilidad relacionada con éste incluye síndrome de distrés respiratorio, enterocolitis necrotizante y hemorragia intraventricular. A largo plazo también incluye retraso en el desarrollo y desempeño escolar pobre (11). El parto prematuro es un determinante importante de la mortalidad neonatal, la morbilidad y la discapacidad infantil y sigue siendo uno de los problemas más graves en obstetricia (14).

A pesar de los grandes esfuerzos preventivos, la incidencia de PP se ha mantenido constante en alrededor del 5 al 10% de los nacimientos vivos, en la mayoría de los países durante las últimas dos décadas; en el 75% de los casos de PP no se han establecido causas obvias, pero se han especulado varios factores de riesgo etiológicos (14). Es un hecho frustrante que la incidencia de la prematuridad no ha disminuido y se



ha mantenido casi constante en embarazos de 7-10%, ha demostrado que la prematuridad es responsable del 85% de muertes perinatales (7,15).

El parto prematuro puede sub-clasificarse en moderadamente prematuro, muy prematuro y extremadamente prematuro; los recién nacidos moderadamente prematuros se clasifican como los nacidos entre las 32 y 36 semanas de gestación, los nacimientos muy prematuros son los nacidos entre las 28 y 31 semanas de gestación, los nacimientos extremadamente prematuros son los nacidos antes de las 28 semanas de gestación (15).

En los Estados Unidos, la incidencia de parto prematuro es del 12,3%, en Europa es del 5-7% y en Australia es del 8,2%; sin embargo, dentro de estas poblaciones, algunos grupos étnicos tienen una mayor incidencia de parto prematuro. Por ejemplo, en los afroamericanos, la incidencia de nacimientos prematuros es alta en el 17.5% y en los australianos indígenas el 13.3% de todos los nacimientos son prematuros. Es preocupante que la prevalencia del parto prematuro en los países en desarrollo es muy alta; por ejemplo, hasta el 17.5% de los nacimientos reportados en Sudáfrica son prematuros y es probable que esto sea aún mayor, ya que muchos nacimientos no se registran (15).

Aunque la mayoría de los bebés prematuros sobreviven, tienen un mayor riesgo de problemas de desarrollo, como defectos de nacimiento, parálisis cerebral, retraso mental, discapacidad visual, pérdida auditiva y otros trastornos del sistema nervioso central, a veces menos obvios, que incluyen discapacidades del lenguaje y del aprendizaje, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y problemas de conducta (6).

Infecciones ginecológicas y obstétricas

El tracto urinario de las mujeres embarazadas sufre una considerable alteración fisiológica de alrededor de siete semanas hasta el término; los uréteres y la pelvis renal se dilatan, el peristaltismo uretral se reduce y el tono de la vejiga se reduce (3).

Vaginosis bacteriana

La vaginosis bacteriana (VB) se define como un crecimiento excesivo de bacterias anaerobias y la falta de flora lactobacilos normales; se ha asociado con un mal resultado perinatal y, en particular, el parto prematuro (16). La VB es una afección vaginal anormal común que es la principal causa de flujo vaginal anormal y otros síntomas en todo el mundo (7).

La VB es una afección vaginal compleja y extremadamente común y la causa principal de molestias en los genitales inferiores, principalmente flujo vaginal maloliente y olor. No es una condición reportable, la prevalencia de VB entre mujeres no embarazadas varía entre 15 y 30%, con hasta 50% de mujeres embarazadas que son VB positivas. La VB se ha relacionado con muchas afecciones ginecológicas adversas y complicaciones del embarazo, que incluyen: enfermedad inflamatoria pélvica, celulitis del manguito vaginal post-histerectomía, endometritis posbortal, endometritis posparto, infección del líquido amniótico, parto prematuro, parto prematuro, PROM y el aborto espontáneo (17).

Candidiasis vulvovaginal

La candidiasis vaginal es el tipo más común de infección vaginal, la paciente acude al ginecólogo con quejas de secreción blanquecina inodora crónica, prurito, disuria, dispareunia del tracto genital inferior; el 70-75% de la población femenina experimenta candidiasis vaginal al menos una vez en su vida y hasta el 50% de ellas sufren de candidaturas recurrentes(18). La candidiasis vaginal es una infección por hongos o levaduras de la vulva y/o la vagina; es una enfermedad ginecológica común que afecta a tres de cada cuatro mujeres en su vida(19).

La candidiasis vulvovaginal es causada por un crecimiento excesivo incontrolado de especies de levadura *Cándida*, *Candidaalbicans*, se observa en aproximadamente el 85% de los casos, en tanto que las otras especies observadas son: *Candida glabrata*, *Candida krusei*, *Candida tropicalis* y *Candida stellatoidea*; asimismo, las mujeres con candidiasis vaginal son más susceptibles al VIH (18).

La candidiasis vulvovaginal no se considera una enfermedad de transmisión sexual, ya que afecta a niños y mujeres célibes; también, la *Candida* spp. se ven como flora vaginal normal en mujeres sanas, sin embargo, esto no significa que la *Cándida* no se pueda transmitir sexualmente(20).

Tricomoniiasis

La tricomoniasis, causada por el protista *Trichomonasvaginalis*, es una de las infecciones de transmisión sexual no virales más comunes, con una prevalencia estimada de alrededor de 276 millones de casos nuevos anualmente en todo el mundo. La prevalencia de *T.vaginalis* varía y depende de la población, el tiempo y la región estudiada, pero la tasa es generalmente más alta entre las mujeres y los grupos de edades mayores en comparación con los hombres o los grupos más jóvenes, lo que contrasta notablemente con otras infecciones de transmisión sexual, como como *Chlamydia trachomatis* o *Neisseriagonorrhoeae*. La infección por *T.vaginalis* causa

vaginitis y cervicitis, y se asocia con complicaciones graves, como parto prematuro, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad y un mayor riesgo de co-infección con el virus de la inmunodeficiencia humana(21).

Estado del arte

Díaz Pérez *et al.*(22) publicaron un artículo de investigación en 2015 el cual tuvo como objetivo estudiar la relación entre el desarrollo de partos prematuros y variables que pueden influir en las embarazadas del Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila, durante el período 2011-2012. El universo estuvo constituido por mujeres con partos entre las 22 y 36.6 semanas; la información se tomó a partir de las historias clínicas y se registró en una ficha diseñada para la investigación. Como resultados se obtuvo que, los antecedentes de aborto, bajo peso de la madre, aumento de peso de la madre, anemia durante el embarazo y las infecciones vaginales y urinarias presentaron asociación estadística significativa con el parto prematuro.

En 2019, Rodríguez Márquez *et al.*(23) realizaron un estudio sobre los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en la ciudad de Cienfuegos, Cuba, con casos de pacientes del año 2012. La muestra estuvo conformada por 678 gestantes; 226 con parto entre 28–36,6 semanas y 452 con parto después de las 37 semanas. El estudio fue de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal; se realizaron análisis de asociación chi-cuadrado, con un nivel de confianza del 95%. Entre los principales resultados se obtuvo que las edades extremas, el nivel de escolaridad entre séptimo y noveno grados, hábito de fumar, la ingestión de bebidas alcohólicas, embarazo pretérmino anterior, pre-eclampsia, crecimiento intrauterino retardado, infecciones urinarias, infecciones vaginales, la rotura prematura de membranas y las modificaciones cervicales presentaron asociación estadística con los partos prematuros.

Zerna-Bravo *et al.* (8) desarrollaron un estudio para identificar los factores de riesgo de parto pretérmino en el área de parto del Hospital “Enrique C. Sotomayor”, de la ciudad de Guayaquil entre 2015 y 2016. El estudio fue analítico, descriptivo y retrospectivo; la muestra incluyó a 361 mujeres con parto prematuro, con RN vivos o fallecidos entre 32-37 semanas de gestación. Se encontró que la edad materna menor a 19 años y mayor a 35 años es un factor de riesgo para parto pretérmino, así como también las variables: escolaridad, multiparidad e inasistencia al control prenatal.

Larsson *et al.* (16) publicaron un artículo cuyo objetivo de estudio fue investigar si el cribado y el tratamiento de la vaginosis bacteriana al inicio del embarazo reduce el riesgo de parto prematuro espontáneo o la ruptura prematura de membranas. Durante

el período 2007-2015, ocurrieron 22.084 partos en el Hospital Skaraborgs en Suecia, de los cuales se tomó una muestra de 6.899 mujeres que fueron examinadas para VB; se encontró que 746 (10,8%) tenían flora de VB. Se realizó un análisis de supervivencia, que mostró que las mujeres no examinadas dieron a luz un poco antes que las mujeres seleccionadas (prueba t $p < 0.05$), con días de parto promedio de 239,4–241,7 al 95% de confianza. Los investigadores concluyen que la diferencia entre las mujeres seleccionadas y las no seleccionadas podría atribuirse al efecto positivo del tratamiento de la VB con clindamicina, suponiendo que existe la misma cantidad de VB no tratada en el grupo no examinado.

Vrishal, Anjali y Kshirsagar(3) realizaron un estudio que tuvo como objetivo encontrar y correlacionar la asociación entre las infecciones urogenitales y el parto prematuro; la investigación permitió también averiguar la prevalencia de infecciones urogenitales en el parto prematuro y a término. Se contó con los datos de un total de 50 mujeres participantes, que informaron al Departamento de Obstetricia y Ginecología del Instituto de Ciencias Médicas Krishna, Karad; los datos se analizaron con la ayuda del software SPSS, el análisis estadístico se realizó con la prueba de chi cuadrado. Como criterios de exclusión la investigación tuvo: embarazo múltiple, antecedente de hemorragia ante parto, número elevado de embarazos (más de un tercer embarazo) y paciente con neoplasia maligna del tracto genital. Se observó una infección urogenital global del 34%; el análisis estadístico revela que la vaginosis bacteriana se asocia estadísticamente con el parto prematuro.

Yarlagadda, Sajana y Narra (24), investigaron en 2018 la relación entre las infecciones vaginales y el parto prematuro. El estudio fue observacional, prospectivo y retrospectivo, realizado en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Instituto de Ciencias Médicas e Investigación del Dr. Pinnamaneni Siddhartha, desde abril de 2016 hasta febrero de 2018; se estudió un total de 116 mujeres en trabajo de parto prematuro. Entre los resultados se obtuvo que la infección del tracto urinario se observó en el 27,58% de las mujeres; el *E. Coli* fue el microorganismo más común aislado en orina (15.51%); se observaron infecciones vaginales en el 33,62% de las mujeres y la *Cándida* fue el microorganismo más común aislado en cultivos de hisopos vaginales altos, HVS por las siglas en inglés de *High Vaginal Swab*.

Kavya y Aruna(25) publicaron un artículo sobre el estudio de la prevalencia de la vaginosis bacteriana en mujeres que presentan parto prematuro y parto a término, analizar la relación causal entre VB y PTL, así como analizar las complicaciones maternas y fetales asociadas con la vaginosis bacteriana. Se realizó un estudio

observacional con 100 pacientes con parto prematuro y a término (50 pacientes en cada grupo) en JJM Medical College, Davangere; se determinó que la vaginosis bacteriana estaba presente o ausente según los criterios de Amsel. Entre los resultados se obtuvo que un total de 15 (30%) y 2 (4%) pacientes de parto prematuro y a término confirmaron el diagnóstico de vaginosis bacteriana; la proporción de pacientes diagnosticados de vaginosis bacteriana según los criterios de Amsel fue significativamente mayor en el grupo de trabajo de parto prematuro que en el grupo de trabajo de término, con un valor p de 0.001.

Retureta Milán *et al.* (12), realizaron una investigación cuyo objetivo fue identificar factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila, Cuba. El estudio fue analítico, de casos y controles; se realizó la estimación puntual de la asociación entre las variables mediante la razón de productos cruzados, *Odds ratio*, así como la prueba chi-cuadrado, con significancia cuando $p < 0.05$. El grupo de casos se conformó por 423 mujeres con partos de 22 a 36 semanas con 6 días, mientras que el grupo control fue de 486 con RN de peso mayor o igual que 2500 g. El parto prematuro estuvo estadísticamente asociado con infecciones urinarias, infecciones vaginales, peso materno bajo a la captación y antecedentes de parto prematuro, entre otros.

Zumba Castillo estudió, en 2017 (26), los factores de riesgo relacionados con la presentación de amenaza de parto prematuro sobre una muestra de 91 pacientes atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paúl del Cantón Pasaje. El estudio fue de tipo descriptivo y permitió concluir que los principales factores de riesgo que se asocian con la amenaza de parto prematuro fueron: bajo número de controles prenatales, infección de vías urinarias, infección vaginal, anemia en el embarazo y nivel socioeconómico bajo.

V. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo general

Determinar la prevalencia de infecciones ginecológicas y obstétricas asociadas con prematuridad en el Hospital “Vicente Corral Moscoso”, Cuenca, durante el período enero de 2015 a diciembre de 2019.

Objetivos específicos

- Caracterizar al grupo de estudio según las variables demográficas.
- Describir en la población de estudio los antecedentes gineco-obstétrico, características clínicas del parto actual, total de gestaciones, paridad, período intergenésico, patologías adjuntas, edad gestacional, número de controles prenatales, infecciones del embarazo actual, vía del parto y examen elemental y microscópico de orina.
- Determinar si existe diferencia estadística entre infecciones ginecológicas y obstétricas respecto a edad de la madre, estado civil, lugar de residencia, nivel educativo, estado nutricional de la madre, total de gestaciones, paridad, período intergenésico, patologías adjuntas, edad gestacional, número de controles prenatales, complicaciones del embarazo actual y vía del parto.

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio y diseño general

Estudio de tipo analítico y correlacional.

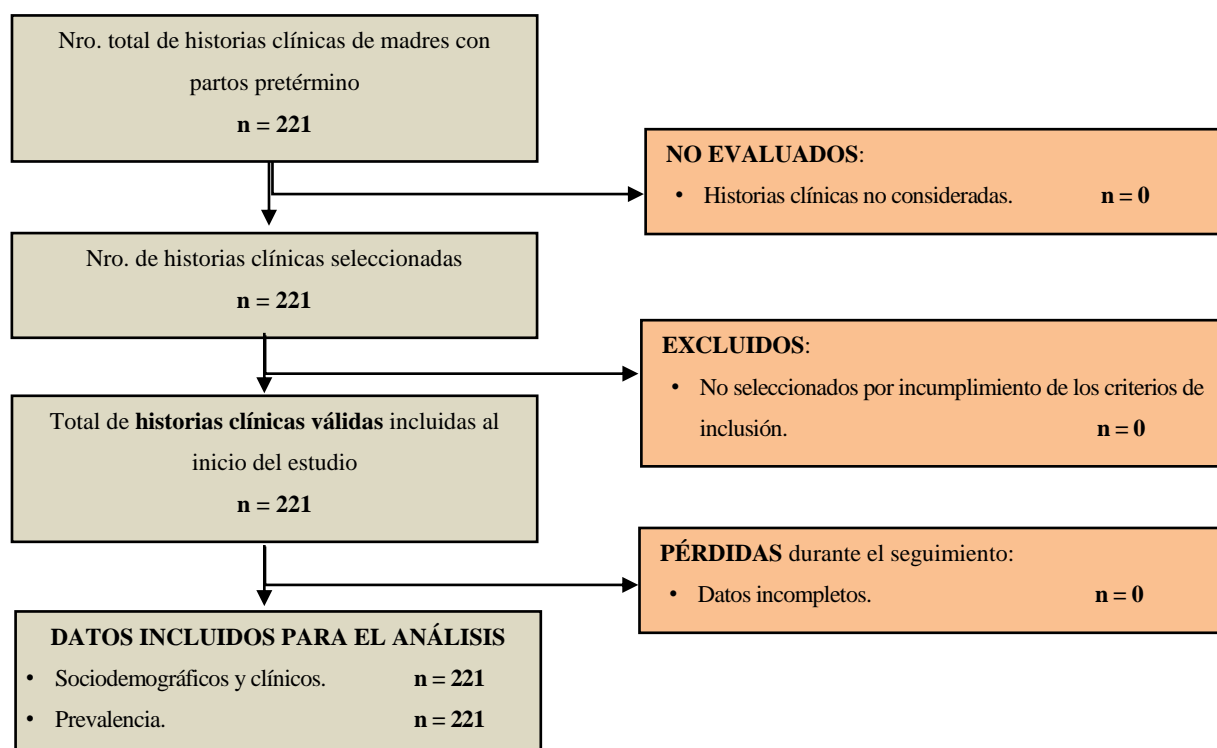
Variables

- Variable dependiente: Parto pretérmino
- Variable independiente: Afecciones ginecológicas y obstétricas
 - Afecciones ginecológicas
 - Afecciones obstétricas
- Operacionalización de las variables: El estudio contempló el análisis de resultados según variables sociodemográficas, estado nutricional de la madre, antecedentes gineco-obstétricos, características obstétricas del parto actual (ver Anexo 1).

Universo y muestra

Se trabajó con todas las historias clínicas de madres con partos pretérmino ocurridos en el Hospital “Vicente Corral Moscoso” durante el período 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2019. (N = 221; este valor es similar con el calculado usando la fórmula correspondiente).

Ilustración 1. Flujograma de participantes



Área de estudio

Servicio de ginecología y obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, ubicado en la Av. 12 de abril y Los Arupos, parroquia urbana Huayna Cápac, Cantón Cuenca, Azuay.

Criterios de inclusión y exclusión

- **Criterios de inclusión:**

- Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de parto pretérmino, de edad materna de 18 años o más y edad gestacional mayor a 22 semanas y menor a 37 semanas.

- **Criterios de exclusión:**

- Historias clínicas ilegibles o con información incompleta y de partos de emergencia a partir de un accidente.

Método, técnicas e instrumentos para la recolección de la información

- Se realizó la revisión de los aspectos teóricos relacionados con el parto pretérmino y las infecciones gineco-obstétricas como factores de riesgo; asimismo, se revisaron las investigaciones relacionadas con el presente estudio, publicadas durante los últimos 5 años en revistas indexadas, tales como Scielo, Medigraphic, Redalyc y otras similares.
- Se aplicó el método de la revisión documental, ya que se tomaron los datos desde las historias clínicas.
- Se empleó la técnica de la encuesta, dado que se estructuró un instrumento con ítems y espacios de respuestas (variables cuantitativas) y categorías (variables categóricas).
- Se diseñó una ficha de recolección de datos a partir de las variables del estudio (ver Anexo 2).
- Control de calidad de la información: Se realizó una prueba piloto, con una muestra de 30 fichas que sirvieron para determinar la aplicabilidad del instrumento; con la información recopilada se calculó el Alfa de Cronbach para medir la fiabilidad del instrumento, el cual fue de 0,862.

Procedimientos, métodos e instrumentos

Para el desarrollo del estudio se siguieron los siguientes pasos:



- Autorización: Se solicitó la autorización de las autoridades del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, así como del departamento de estadística del mismo, con el objeto de obtener los datos necesarios para el estudio.
- Capacitación: Los procedimientos que se realizaron a lo largo del trabajo de investigación fueron tomados y aplicados a partir de los aprendizajes obtenidos en el seminario de Metodología de Investigación y en las materias de Estadística.
- Supervisión: El estudio se llevó a cabo bajo la supervisión del director de tesis.
- Proceso:
 - Una vez obtenidos los permisos del Hospital “Vicente Corral Moscoso” se procedió a solicitar debidamente el acceso al registro de historias clínicas.
 - Se hizo la revisión de las historias clínicas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.
 - Se recopilaron los datos de las variables requeridas en las fichas a partir de lo registrado en cada historia clínica.
 - Se devolvieron las historias clínicas al personal de registro responsable en el departamento de estadística del hospital.
 - La información contenida en las fichas fue transcrita y procesada.
 - La ficha fue resguardada.

Aspectos éticos

El desarrollo de la investigación se fundamentó en el cumplimiento de los principios de no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia.

Debido a que se hizo uso secundario de los datos, es decir, que se tomaron de los registros de historias clínicas del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, no fue necesaria la solicitud de permisos a cada una de las pacientes, ya que se contó con el aval de las autoridades correspondientes; además, solo se consideraron las historias clínicas de pacientes con 18 años o más.

La investigación apoya a la mejora de la salud gineco-obstétrica, pues permite la actualización y el incremento del conocimiento científico de las entidades estudiadas. La metodología aplicada ha sido validada y apoyada por la comunidad científica, mediante su uso y aplicación en estudios realizados con anterioridad.

La investigación será remitida al comité de ética en investigación clínica de la Universidad de Cuenca. Se veló en todo momento por la privacidad y confidencialidad de los datos obtenidos, mediante la codificación de los datos personales, con lo cual no

se puede identificar a cada paciente. No se tomaron datos de identificación de las pacientes, como nombre, cédula o número de seguro social.

Los datos recopilados fueron utilizados exclusivamente con fines académicos, por lo que los resultados no presentan información sobre una paciente específica, resguardando la confidencialidad de los datos individuales. Las fichas con datos serán resguardadas bajo llave y serán incineradas 3 años después de la publicación del documento de investigación. El estudio no constituye conflictos de intereses.

VII. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Los datos recopilados en la ficha fueron transcritos en una tabla de datos de MS-Excel y transferida al software estadístico SPSS, versión 25, en el cual se realizó el procesamiento de los datos. Los resultados descriptivos obtenidos se mostraron en frecuencias absolutas y porcentajes por categorías, mientras que para las variables cuantitativas se presentan medias y desviaciones estándar.

Programas utilizados

En el manejo, presentación y análisis de datos y resultados se utilizaron los programas: SPSS versión 25, Microsoft Word 2016 y Microsoft Excel 2016.

VIII. RESULTADOS

Variables sociodemográficas

Tabla 1.

Distribución de 221 pacientes con parto pretérmino atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, periodo 2015–2019, según edad, estado civil, tipo de residencia, nivel educativo y ocupación.

Cuenca- Ecuador 2021.

VARIABLE	CATEGORÍAS	FREC.	PORCENTAJE (%)
EDAD	MENOR DE 20 AÑOS	61	27,6
	DE 20 A 25 AÑOS	81	36,7
	DE 26 A 30 AÑOS	38	17,2
	DE 30 A 35 AÑOS	27	12,2
	MÁS DE 35 AÑOS	14	6,3
	(Media: 24,2; Desviación Estándar: 6,26 años)		
ESTADO CIVIL	UNIÓN LIBRE	94	42,5
	CASADA	80	36,2
	SOLTERA	46	20,8
	VIUDA	1	0,5
RESIDENCIA	RURAL	139	62,9
	URBANO	82	37,1
NIVEL EDUCATIVO	BÁSICA ELEMENTAL (2° – 4° EGB)	11	5,0
	BÁSICA MEDIA (5° – 7° EGB)	29	13,1
	BÁSICA SUPERIOR (8° – 10° EGB)	33	14,9
	BACHILLERATO (BGU)	113	51,1
	UNIVERSITARIA INCOMPLETA	11	5,0
	UNIVERSITARIA	24	10,9
OCUPACION	NO TRABAJA	186	84,2
	TRABAJA	35	15,8
TOTAL		221	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Ana P. Luzuriaga O.; Brian J. Lucero P.

De acuerdo con los resultados de la tabla 1, se puede apreciar que el 36,7% de las pacientes con parto pretérmino tienen entre 20 y 25 años de edad, se acumula un 66,1% entre los 20 y 35 años, en tanto que la media fue de 24,2 \pm 6,26 años; el 42,5% se encuentran en unión libre y 36,2% son casadas; 62,9% residen en zonas rurales; 51,1% completaron el bachillerato y el 54,2% no trabajan.

Estado nutricional de la madre

Tabla 2.

Distribución de 221 pacientes con parto pretérmino atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, según estado nutricional.

Periodo 2015–2019.

Cuenca-Ecuador 2021.

ESTADO NUTRICIONAL DE LA MADRE	FREC. (n: 221)	PORCENTAJE (%)
INSUFICIENCIA PONDERAL	3	1,4
NORMAL	74	33,5
SOBREPESO	106	48,0
OBESIDAD	38	17,2
TOTAL	221	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Ana P. Luzuriaga O.; Brian J. Lucero P.

Como se puede apreciar en la tabla 2, de las 221 pacientes obstétricas con parto pretérmino el 48,0% tienen sobrepeso, seguido por aquellas con estado nutricional normal con un 33,5% y un 17,2% con obesidad.

Antecedentes Gineco-Obstétricos

Tabla 3.

Distribución de 221 pacientes con parto pretérmino atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, periodo 2015–2019, según número de gestaciones.

Cuenca- Ecuador 2021.

GESTACIONES	FREC.	PORCENTAJE (%)
1	98	44,3
2	56	25,3
3	38	17,2
4	16	7,2
5	6	2,7
6	3	1,4
7	1	0,5
8	3	1,4
TOTAL	221	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Ana P. Luzuriaga O.; Brian J. Lucero P.

Según la tabla 3, el 44,3% de las pacientes obstétricas con parto pretérmino han tenido una sola gestación, mientras que el 25,3% han tenido dos gestaciones.

Tabla 4.

Distribución de 221 pacientes con parto pretérmino atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, periodo 2015–2019, según paridad.

Cuenca- Ecuador 2021.

PARIDAD	FREC. (n: 221)	PORCENTAJE (%)
NULÍPARA	99	44,8
PRIMÍPARA	55	24,9
MULTÍPARA	67	30,3
TOTAL	221	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Ana P. Luzuriaga O.; Brian J. Lucero P.

Según la tabla 4, el 44,8% de las pacientes del estudio son nulíparas, un 30,3% multíparas y 24,9% primíparas.

Tabla 5.

Distribución de 122 pacientes con parto pretérmino y uno o más partos atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, periodo 2015–2019, según período intergenésico.

Cuenca- Ecuador 2021.

VARIABLE	CATEGORÍAS	FREC. (n: 122)	PORCENTAJE (%)
PERIODO INTERGENÉSICO	MENOR DE 24 MESES	30	24,6
	24 MESES O MÁS	92	75,4
	TOTAL	122	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Ana P. Luzuriaga O.; Brian J. Lucero P.

En la tabla 5 se observa que, del total de pacientes con parto pretérmino y con un parto o más, un 75,4% tienen un período intergenésico de 24 meses o más y el 24,6% tuvieron menos de 24 meses. Aquí el denominador cambia, ya que el período intergenésico solo se aplica en quienes hayan tenido uno o más partos, por lo que se excluyen a las nulíparas.

Tabla 6.

Distribución de 122 pacientes con parto pretérmino atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, periodo 2015–2019, según patologías en embarazos previos.

Cuenca- Ecuador 2021.

PATOLOGÍAS	FREC. (n: 221)	PORCENTAJE (%)
ABORTO	41	33,6
AMENAZA DE PARTO PREMATURO	47	38,6
PARTO PREMATURO	12	9,8
PREECLAMPSIA	1	0,8
NINGUNA	21	17,2
TOTAL	122	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Ana P. Luzuriaga O.; Brian J. Lucero P.

Respecto a las patologías referidas relacionadas con embarazos previos, es importante evidenciar que el 82,8% de las pacientes con embarazos previos, han presentado alguna patología en los mismos, siendo las más frecuentes la amenaza de parto prematuro (38,6%) y el aborto (33,6%). En este caso, al igual que con el periodo intergenésico, solo se cuenta con 122 fichas, debido a que el resto de población cursaba su primer embarazo.

Características Obstétricas

Tabla 7.

Distribución de 221 pacientes con parto pretérmino atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, periodo 2015–2019, según edad gestacional.

Cuenca-Ecuador 2021.

RANGOS DE EDAD GESTACIONAL	FREC.	PORCENTAJE (%)
<24 SG	10	4,5
24 a 27.6 SG	23	10,4
28 a 31.6 SG	41	18,6
32 a 33.6 SG	47	21,3
34 a 36.6 SG	100	45,2
Total	221	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Ana P. Luzuriaga O.; Brian J. Lucero P.

De acuerdo con la tabla 7, la edad gestacional de las pacientes obstétricas con parto pretérmino se observó entre 22.2 y 36.5 semanas por lo que el rango es de 14.3 SG; la media fue de 32.1 \pm 3.7 semanas gestacionales y el 50% de las pacientes del estudio tenían edad gestacional igual o inferior a 33.3 semanas. El 45,2% de las pacientes

obstétricas con parto pretérmino tenían edad gestacional de 34 a 36.6 semanas (prematuridad tardía), en tanto que un 21,3% presentaron de 32 a 33.6 semanas.

Tabla 8.

Distribución de 221 pacientes con parto pretérmino atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, periodo 2015–2019, según control prenatal.

Cuenca- Ecuador 2021.

CONTROLES PRENATALES	FREC. (n: 221)	PORCENTAJE (%)
NINGUNO	6	2,7
1 A 3 CONTROLES	93	42,1
4 A 6 CONTROLES	67	30,3
7 A 9 CONTROLES	47	21,3
10 CONTROLES O MÁS	8	3,6
TOTAL	221	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Ana P. Luzuriaga O.; Brian J. Lucero P.

Según los resultados de la tabla 8, el 42,1% de las pacientes obstétricas con parto pretérmino tuvo de 1 a 3 controles prenatales, el 30,3% de 4 a 6 controles y el 21,3% de 7 a 9 controles. Asimismo, se puede constatar que la frecuencia del número de controles prenatales inadecuados (menos de 4 CP) alcanzó el 44,8%.

Tabla 9.

Distribución de 221 pacientes con parto pretérmino atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, periodo 2015–2019, según afecciones del embarazo actual.

Cuenca- Ecuador 2021.

AFECCIONES DEL EMBARAZO ACTUAL	FREC.	PORC. (%)
INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO	84	38,0
INFECCION DEL TRACTO URINARIO	76	33,9
INFECCION DEL TRACTO URINARIO/ VAGINOSIS	7	3,2
INFECCION DEL TRACTO URINARIO/ EMBARAZO MÚLTIPLE	1	0,5
	1	0,5
INFECCION VAGINAL	30	13,7
VAGINOSIS BACTERIANA	25	11,4
CANDIDIASIS	4	1,8
TRICOMONIASIS	1	0,5
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	41	18,5
PREECLAMPSIA	12	5,5
LEVE	1	0,5
MODERADA	9	4,1
SEVERA	2	0,9
ANEMIA	11	5,1
LEVE	5	2,3

AFECCIONES DEL EMBARAZO ACTUAL	FREC.	PORC. (%)
MODERADA	5	2,3
GRAVE	1	0,5
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO	4	1,8
RETENCIÓN DE RESTOS CORIOPLACENTARIOS	3	1,4
EMBARAZO MÚLTIPLE	2	0,9
OTRAS AFECCIONES	10	5
COMPROMISO DEL BIENESTAR FETAL	1	0,5
HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO	1	0,5
ANHIDRAMNIOS	1	0,5
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	1	0,5
NORMOINSERTA	1	0,5
MALFORMACIÓN FETAL MÚLTIPLE	1	0,5
OLIGOAMNIOS	1	0,5
PLACENTA PREVIA	1	0,5
SÍNDROME DE HELLP	1	0,5
SOSPECHA DE AGRESIÓN FÍSICA	1	0,5
NINGUNA	25	11,3
TOTAL	221	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Ana P. Luzuriaga O.; Brian J. Lucero P.

La tabla 9 muestra las diferentes afecciones del embarazo actual en las 221 pacientes obstétricas con parto pretérmino; se observa que la afección más frecuente fue la infección del tracto urinario con un 38,0% y las infecciones vaginales representan un 13,7%, de las cuales la vaginosis es la más prevalente con el 11,4%. Así, las infecciones del tracto urinario y las infecciones vaginales agrupan el 51,7%. Una frecuencia importante se observa en la ruptura prematura de membranas con 18,1%.

Tabla 10.

Distribución de 221 pacientes con parto pretérmino atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, periodo 2015–2019, según tipo de parto.

Cuenca- Ecuador 2021.

TIPO DE PARTO	FREC. (n: 221)	PORCENTAJE (%)
CESÁREA	86	38,9
PARTO VAGINAL	135	61,1
TOTAL	221	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Ana P. Luzuriaga O.; Brian J. Lucero P.

Según los resultados de la tabla 10, el 61,1% de las pacientes obstétricas con parto pretérmino tuvieron parto vaginal, mientras que al 38,9% se les practicó cesárea.



Tabla 11.

Distribución de 221 pacientes con parto pretérmino atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, periodo 2015–2019, según examen de orina.

Cuenca- Ecuador 2021.

EXAMEN DE ORINA	FREC. (n: 221)	PORCENTAJE (%)
INFECCIOSO	29	13,1
NO INFECCIOSO	192	86,9
TOTAL	221	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Ana P. Luzuriaga O.; Brian J. Lucero P.

De acuerdo con el resultado presentado en la tabla 11, se obtuvo que el 13,1% de las pacientes obstétricas con parto pretérmino reportaron infección en el examen de orina, en tanto que el resultado del 86,9% fue no infeccioso.

Tabla 12.

Prevalencia de infecciones ginecológicas en pacientes con parto pretérmino atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, periodo 2015–2019.

Cuenca- Ecuador 2021.

INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO E INFECCIÓN VAGINAL	FREC. (n: 221)	PORCENTAJE (%)
SÍ	114	51,5
NO	107	48,5
TOTAL	221	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Ana P. Luzuriaga O.; Brian J. Lucero P.

De acuerdo con el resultado de la tabla 12, se obtuvo que el 51,5% de las pacientes con parto pretérmino atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, durante el periodo 2015–2019, presentaron infecciones del tracto urinario y vaginales, por lo que es importante el manejo integral de la paciente gestante, y un tamizaje más amplio en cuanto a infecciones durante el embarazo, sobre todo las del tracto urinario.



Tabla 13.

Comparativo entre infecciones ginecológicas y obstétricas respecto a variables de estudio en pacientes con parto pretérmino atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, periodo 2015–2019.

Cuenca- Ecuador 2021.

VARIABLES	CATEGORÍAS	Infecciones Ginecológicas y Obstétricas		Total	p-valor
		SÍ	NO		
EDAD MATERNA	DE 20 A 35 AÑOS	75	71	146	0,929
	MENOR DE 20 AÑOS O MAYOR DE 35 AÑOS	39	36	75	
ESTADO NUTRICIONAL DE LA MADRE	INSUFICIENCIA PONDERAL	1	2	3	0,774
	NORMAL	38	36	74	
	SOBREPESO	53	53	106	
	OBESIDAD	22	16	38	
PERIODO INTERGENESICO	MENOR DE 24 MESES	11	19	30	0,041*
	24 MESES O MÁS	54	39	93	
PATOLOGIAS PREVIAS	CON PATOLOGÍAS PREVIAS	52	49	101	0,979
	CON PATOLOGÍAS PREVIAS	62	58	120	
CONTROLES PRENATALES	INADECUADO (0 A 3 CP)	63	36	99	0,001*
	ADECUADO (4 O MÁS CP)	51	71	122	
Total		114	107	221	

* significativo para 0,05

Al evaluar la relación entre la presencia de infecciones gineco obstétricas y las variables de estudio, se obtuvo que el período intergenésico menos de 24 meses y el control prenatal menos de 3 presentaron significancia estadística para parto pretermino con la presencia de infecciones, dado que los p-valores de 0,041 y 0,001, respectivamente, fueron inferiores a 0,05.

IX. DISCUSIÓN

El estudio tuvo como objetivo central determinar la prevalencia de infecciones ginecológicas y obstétricas asociadas con prematuridad en el Hospital “Vicente Corral Moscoso”, Cuenca, durante el período enero de 2015 a diciembre de 2019. La muestra estuvo constituida por 221 pacientes obstétricas con diagnóstico de parto prematuro.

Del total de pacientes obstétricas con parto pretérmino el 36,7% tienen entre 20 y 25 años de edad y hay un 66,1% entre los 20 y 35 años; la edad promedio fue de $24,2 \pm 6,26$ años. Estos hallazgos son consistentes con la edad reproductiva de la mujer. En el estudio realizado en 2019 por Kavya y Aruna (25), la edad promedio de las madres con parto pretérmino fue de $25,6 \pm 4,29$ años, cuyo valor medio es ligeramente superior al observado en el presente estudio, pero con menor variabilidad, lo cual puede estar relacionado con las diferentes poblaciones estudiadas y tamaños de muestra. Brito de Medeiros et al. (2) encontraron que el 64,2% tenían edades entre los 20 y 34 años; por su parte, en el estudio de Gómez-Garzón et al. (27), se encontró que las pacientes con diagnóstico de parto pretérmino con edades entre los 19 y 34 años representó el 80,4%.

El 42,5% de las pacientes obstétricas con parto pretérmino están en unión libre y 36,2% son casadas, ambas categorías representan el 78,7%. En la investigación de Bekele et al. (28), las mujeres con diagnóstico de parto pretérmino casadas representaron el 84%. Por el contrario, en el estudio de Brito de Medeiros et al. (2) se observó que las mujeres que contaban con compañía conyugal constituyeron el 23,4%.

Un 62,9% de las pacientes obstétricas con parto pretérmino viven en áreas rurales. De manera similar Bekele et al. (28), encontraron que más de la mitad de las pacientes obstétricas con parto pretérmino residían en zonas rurales, las cuales representaron el 54%. Asimismo, se observó que 51,1% de las pacientes obstétricas con parto pretérmino tienen bachillerato y 54,2% no trabaja. En el estudio de Bekele et al. (28), un 49% son analfabetas y el 70% no trabajan, dedicándose a los quehaceres del hogar, lo cual está estrechamente relacionado con las condiciones socioeconómicas generales de Etiopía. Por el contrario, Abanto-Bojorquez y Soto (29), encontraron que en 56 casos de pacientes con parto pretérmino el 85,7% tenían secundaria completa.

El 48,0% pacientes obstétricas con parto pretérmino tienen sobrepeso y 17,2% obesidad. En un estudio realizado por Noack et al. (30), se encontró que el 33,6% de las pacientes obstétricas con parto pretérmino presentaron obesidad y un 30,8% sobrepeso. De acuerdo con Tyagi et al. (31), la nutrición tiene un efecto profundo en la salud a lo largo de la vida, pero juega un papel muy importante al influir en el crecimiento

fetal y los resultados del parto; la altura, el peso y el grosor de los pliegues cutáneos maternos se asociaron positivamente con el peso medio al nacer y se encontró que las madres con un IMC bajo tenían una mayor probabilidad de dar a luz un bebé de bajo peso al nacer.

El 44,3% de las pacientes obstétricas con parto pretérmino han tenido una sola gestación. Asimismo, en la investigación de Escalante et al. (32) se encontró que el 46,2% de las pacientes tenían su primera gesta al momento del estudio. Por otra parte, en la investigación de Brito de Medeiros et al. (2), se presentó que un 40,0% de las madres con parto pretérmino tenían su primera gestación.

44,8% de las pacientes del estudio son nulíparas, un 30,3% multíparas y 24,9% primíparas. En el estudio de Brito de Medeiros et al. (2), se encontró que las nulíparas tuvieron una frecuencia del 46,6%; en tanto que en el estudio de Kavya y Aruna (25), se observó que el 50% de las pacientes con parto pretérmino eran nulíparas. Con estas observaciones se puede esperar que las nulíparas con parto pretérmino presenten una frecuencia que oscila entre el 45 y 50%.

75,4% de las pacientes con diagnóstico de parto pretérmino tienen un período intergenésico de 24 meses o más. Quezada et al. (33), encontraron que el período intergenésico corto es un factor de riesgo para el parto pretérmino. En este sentido, en el estudio desarrollado por Ojeda et al. (34), se afirma que las mujeres con mejores niveles educativos tienden a utilizar métodos anticonceptivos, por lo que presentan períodos intergenésicos más prolongados. Por otra parte, en una investigación realizada por Casanga y San Martín (35), sobre una muestra de gestantes con parto prematuro portadoras de uretritis no gonocócica, se apreció que el período intergenésico corto influía en las posibilidades de parto prematuro.

El 82,8% de las pacientes que contaban con embarazos anteriores presentaron patologías previas; de estas el 38,6% tuvo amenaza de parto prematuro y 33,6% con antecedentes de aborto. Quezada et al.(33) , afirman que la lesión cervical se encuentra altamente relacionada con el parto pretérmino y que, entre las etiologías más frecuentes, se encuentra el aborto electivo, cirugías para tratar la displasia cervical y lesiones ocurridas en partos anteriores. Asimismo, Casanga y San Martín (35) afirman que es frecuente encontrar asociación entre antecedentes de aborto y de amenaza de partos prematuros en embarazos anteriores respecto a diagnósticos de parto pretérmino del embarazo actual.

El promedio de la edad gestacional de las pacientes obstétricas con parto pretérmino fue de 32.1 ± 3.7 semanas, en tanto que el 45,2% tenían edad gestacional de 34 a 36.6. En la investigación realizada por Gómez-Garzón et al. (27), el rango de edad gestacional más frecuente fue de 35 a 37 semanas con el 60,86%; en este estudio se consideraron intervalos diferentes, no obstante se nota una mayor frecuencia de embarazos con mayor madurez que en el presente trabajo de investigación.

El 41,2% de las pacientes obstétricas con PP tuvieron de 4 a 6 controles prenatales durante el embarazo; no obstante, se encontró también que la frecuencia del número de controles prenatales inadecuados (menor a 4 visitas al médico) fue del 44,8%. Por el contrario, en la investigación de Brito de Medeiros et al. (2), se encontró que el control prenatal inadecuado representó una frecuencia del 84,7%. Algunos estudios han demostrado que la prevención del parto prematuro está vinculada a la disponibilidad, idoneidad y acceso a la atención prenatal, que es capaz de rastrear las condiciones que conducen al parto prematuro (2).

Las infecciones del tracto urinario y vaginales presentaron una frecuencia del 51,7%, correspondiendo un 38,0% a las infecciones del tracto urinario y 13,7% a las infecciones vaginales. Vrishali et al. (3), encontraron en su estudio que el 28% de las pacientes obstétricas presentaron vaginosis bacteriana, 12% candidiasis y 6% tricomoniasis. Por su parte, en el estudio de Gómez-Garzón et al. (27), el 32,58% de las pacientes reportaron antecedentes de infecciones del tracto urinario y el 17,37% infecciones vaginales (vaginosis). En el estudio de Abanto-Bojorquez y Soto (29), se obtuvo que el 71,4% de las pacientes con diagnóstico de parto pretérmino tuvieron infecciones del tracto urinario. Valores más altos encontraron Prajarto y Pramono (36), quienes en una muestra de 112 pacientes con diagnóstico de parto pretérmino, las cuales mostraron una prevalencia de vaginosis bacteriana del 84,38% y las infecciones del tracto urinario tuvieron una frecuencia del 79,31%.

Un estudio realizado por Nnaemeka y Pauline (19) en una muestra de 300 embarazos, se observó que la candidiasis presentó una frecuencia del 30%; los autores afirman que las mujeres embarazadas son más vulnerables a la candidiasis vaginal independientemente de su edad, trimestre, paridad, ocupación y nivel educativo. De acuerdo con Faruqui (37), en mujeres con riesgo de parto prematuro es más probable que se produzca un resultado adverso si se detecta vaginosis bacteriana en el primer trimestre, por lo que el tratamiento de la vaginosis bacteriana en mujeres embarazadas reduce la tasa de partos prematuros. Faruqui (37) destaca que los probióticos deben

considerarse parte de la prevención y un complemento del enfoque de tratamiento antimicrobiano para la vaginosis bacteriana.

La ruptura prematura de membranas se observó en el 18,1% de las pacientes con PP. Abanto-Bojorquez y Soto (29), apreciaron en su estudio que el 50,0% de las mujeres con diagnóstico de parto pretérmino presentaron ruptura prematura de membranas. Por su parte, Escalante et al. (32), observaron que el 23% de las pacientes con parto pretérmino presentaron ruptura prematura de membranas. Abanto-Bojorquez y Soto (29), concluyeron en su estudio que la infección del tracto urinario y la rotura prematura de las membranas son factores asociados a la amenaza de parto prematuro.

El 61,1% de las pacientes obstétricas con parto pretérmino tuvieron parto vaginal, mientras que el 38,9% tuvieron cesárea. Asimismo, Escalante et al. (32) encontraron que el 65,4% de los partos pretérminos se desarrolló como parto vaginal y un 34,6% fue por cesárea. Por el contrario, en la investigación de Brito de Medeiros et al. (2), se pudo apreciar que el 41,8% de las madres con diagnóstico de parto pretérmino tuvieron parto vaginal y el 58,2% cesárea.

Se confirmó infección urinaria en el 13,1% de las pacientes obstétricas con diagnóstico de parto pretérmino. En el estudio publicado por Torres Lestrade et al. (38), se encontró que la frecuencia de la infección de la vía urinaria se ubica entre el 7,0 y 21,7%; sin embargo, los autores afirman que existe un sub-registro de las pacientes asintomática que cursan con bacteriuria. En este sentido, de acuerdo con Siemefto et al. (39), se tiene que la infección del tracto urinario es una de las complicaciones médicas más comunes durante el embarazo y, en la mayoría de los casos, las infecciones urinarias van precedidas de bacteriuria asintomática. De esta forma, es imprescindible el seguimiento de las pacientes embarazadas mediante pruebas de orina que permitan identificar, de manera oportuna, la aparición de infecciones que puedan poner en riesgo la salud del feto.

El período intergenésico y el control prenatal se encontraron asociados significativamente con la presencia de infecciones gineco-obstétricas, con p-valores de 0,041 y 0,001, respectivamente. De acuerdo con Ramírez Murillo (11), la prevención del parto pretérmino contribuye a la reducción de las muertes neonatales y a disminuir la morbilidad materna, para ello es necesario vigilar factores como el número de controles prenatales adecuado y educación en anticoncepción para prolongar los períodos intergenésicos. Por su parte, Brhane et al.(40) encontraron en un estudio para determinar factores de riesgo sobre el parto pretérmino realizado sobre una muestra de 480 mujeres embarazadas que, el período intergenésico corto es un factor de riesgo para

la aparición de infecciones ginecológicas y parto prematuro ($p < 0,05$). Asimismo, Tedesco et al. (41), afirman que el correcto número de controles prenatales permite realizar un seguimiento de la evolución del embarazo, para así detectar enfermedades en la madre y la aparición de otros riesgos que se pueden atender y corregir oportunamente.

Según Lakshmi y Anjum (7), la etiología del trabajo de parto prematuro es de orden multifactorial y la identificación de los factores de riesgo para el PP es esencial para desarrollar programas de intervención, diseñados para reducir la incidencia de parto prematuro.

X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

La prevalencia de infecciones ginecológicas y obstétricas asociadas con prematuridad en el Hospital “Vicente Corral Moscoso” de Cuenca durante el período enero de 2015 a diciembre de 2019 fue del 51,7%, de las cuales 38,0% corresponde a las infecciones del tracto urinario y el 13,7% a las infecciones vaginales. Se puede considerar que la prevalencia de infecciones ginecológicas y obstétricas es alta.

En relación con la edad de las pacientes obstétricas con diagnóstico de parto pretérmino, la mayoría se ubicó en el rango de los 20 a 35 años (66,1%).

El estado civil más frecuente fue la unión libre (42,5%), seguido de las casadas (36,2), por lo que, aproximadamente, 8 de cada 10 mujeres con parto pretérmino viven con pareja.

La mayoría de las pacientes obstétricas con parto pretérmino viven en áreas rurales, representaron el 62,9%.

Cerca de la mitad de las pacientes obstétricas con parto pretérmino tienen bachillerato (51,1%), mientras que el 14,9% alcanzó el nivel de básica superior. El 54,2% de las pacientes no trabaja.

El 48,0% pacientes obstétricas con parto pretérmino tienen sobrepeso y 17,2% obesidad, por lo que fue mayor la frecuencia de pacientes con índice de masa corporal superior al normal.

El 44,3% de las pacientes obstétricas con parto pretérmino han tenido una sola gestación. Del total, 44,8% son nulíparas, un 30,3% multíparas y 24,9% primíparas. 73,8% de las pacientes tuvieron un período intergenésico de 24 meses o más.

La edad gestacional más frecuente fue de 35 a 37 semanas (60,86%) y el 44,8% de las pacientes obstétricas con parto pretérmino tuvieron un número de controles prenatales inadecuado durante el embarazo.

La ruptura prematura de membranas se observó en el 18,1% de las pacientes con parto pretérmino.

El 61,1% de las pacientes obstétricas con parto pretérmino tuvieron parto vaginal, mientras que el 38,9% tuvieron cesárea.

Los exámenes de laboratorio confirmaron infección urinaria en 13,1% de las pacientes obstétricas con diagnóstico de parto pretérmino.

Como factores asociados significativamente con la presencia de infecciones gineco-obstétricas se encontró el período intergenésico ($p: 0,041$) y el número de consultas de control prenatal ($p: 0,001$).

Recomendaciones

- Se recomienda la ampliación del estudio a otros establecimientos de salud y provincias del Ecuador; con ello será posible tener una perspectiva más amplia de la prevalencia del parto pretérmino y sus variables relacionadas, así como también realizar comparaciones entre diferentes localidades del país.
- Se recomienda al personal de salud desarrollar planes formativos para capacitar y comunicar a las embarazadas con riesgo de parto pretérmino acerca de la prevención y cuidado que se debe tener para evitarlo o reducir el riesgo.
- Hacer una mayor promoción de la importancia del control prenatal y la realización de exámenes de laboratorio para determinar la existencia de infecciones del tracto urinario y vaginales.
- Los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación pueden ser utilizados para el desarrollo de estrategias institucionales dirigidas a la población ginecobstétrica.



XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huertas Tacchino E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2018;64(3):399-404. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322018000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Brito de Medeiros BK, Cornetta M da C, De Oliveira Crispim J, Cobucci RN. Risk Factors Associated with Preterm Birth in a Brazilian Maternal and Child Health Hospital. Obstetrics and Gynaecology Cases - Reviews. 2018;5(6):1-5.
3. Vrishali G, Anjali P, Kshirsagar N. Urogenital Infections – A Cause of Pre Term Labor. International Journal of Contemporary Medical Research. 2017;4(4):888-91.
4. Santos GO, Santiago Carneiro AJ, Souza ZCSN. Speech of women on the experience the normal birth and cesarean section. Rev Fund Care Online. 2018;10(1):233-41.
5. Ferreira de Melo JK, Barbosa Davim RM, Rosendo da Silva RA. Advantages and disadvantages of labour and normal cesarean: view puerperal. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. 2015;7(4):3197-205.
6. Zhang X, Zhou M, Chen L, Hao B, Zhao G. Risk factors for preterm birth: a case-control study in rural area of western China. International Journal of Clinical and Experimental Medicine. 2015;8(3):4527-32.
7. Lakshmi TS, Anjum S. Association between bacterial vaginosis and preterm labor and high risk cases for preterm labor. International Archives of Integrated Medicine. 2018;5(12):116-24.
8. Zerna-Bravo C, Fonseca-Tumbaco R, Viteri-Rojas AM, Zerna-Gavilanes C. Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor. Revista Ciencia UNEMI [Internet]. 2018;11(26):134-42. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6892848.pdf>
9. Zúñiga A, Tobar-Tosse F. Vaginosis bacteriana por Gardnerella vaginalis: Nuevas enseñanzas desde la ecología molecular. Saltem Scientia Spiritus. 2015;1(1):29-36.
10. Pohlmann FC, Kerber NP da C, Viana da Silva J, Franco de Carvalho V, Coutinho Costa C. Parto prematuro: enfoques presentes en la producción científica nacional e internacional. Enfermería Global. 2016;(42):386-97.
11. Ramírez Murillo K. Prevención de parto pretérmino. Medicina Legal de Costa Rica. 2018;35(1):1-12.
12. Retureta Milán SE, Rojas Álvarez LM, Retureta Milán ME. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. MediSur [Internet].



2015;13(4):517-25.

Disponible

en:

<https://www.redalyc.org/pdf/1800/180041204008.pdf>

13. Quirós González G, Alfaro Piedra R, Bolívar Porras M, Solano Tenorio N. Amenaza de Parto Pretérmino. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD* [Internet]. 2016;1(1):75-80. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/download/23061/23287>
14. Rao CR, Bhat P, Vandana KE, Kamath V, Kamath A, Nayak D, et al. Assessment of risk factors and predictors for spontaneous pre-term birth in a South Indian antenatal cohort. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2018;6:6-16.
15. Ryan D, Black MJ. Preterm Birth and/or Factors that Lead to Preterm Delivery: Effects on the Neonatal Kidney. *Journal of Neonatal Biology* [Internet]. 2015;4(1):1-12. Disponible en: <https://www.longdom.org/open-access/preterm-birth-andor-factors-that-lead-to-preterm-delivery-effects-on-the-neonatal-kidney-2167-0897.1000168.pdf>
16. Larsson P-G, Poutakidis G, Adolfsson A, Charonis G, Bauer P, Ekström L. Treatment of Bacterial Vaginosis in Early Pregnancy and its Effect on Spontaneous Preterm Delivery and Preterm Premature Rupture of Membranes. *Clinical Microbiology: Open Access*. 2016;5(5):1-8.
17. Nelson DB. Treatment and management of bacterial vaginosis in pregnancy: current and future perspectives. *Women's Health*. 2006;2(2):267-77.
18. Swaminathan KR, Devi M, Gerald S, Prakesh SC, Thomas BM. Prevalence of vulvovaginal candidiasis in the women of the reproductive age, in rural India. *International Journal of Clinical Obstetrics and Gynaecology* [Internet]. 2017;1(2):37-9. Disponible en: <https://www.gynaecologyjournal.com/articles/15/1-1-8-897.pdf>
19. Nnaemeka J. O, Pauline U. U. Prevalence of Vaginal Candidiasis among Pregnant Women in Nnewi Town of Anambra State, Nigeria. *African Research Review*. 4(4):539-48.
20. Emeribe A, Abdullahi NI, Onyia J, Ifunanya AL. Prevalence of vulvovaginal candidiasis among nonpregnant women attending a tertiary health care facility in Abuja, Nigeria. *Research and Reports in Tropical Medicine* [Internet]. 2015;6:37—42. Disponible en: <https://www.dovepress.com/prevalence-of-vulvovaginal-candidiasis-among-nonpregnant-women-attendi-peer-reviewed-fulltext-article-RRTM#>
21. Goo Y-K, Shin W-S, Yang H-W, Joo S-Y, Song S-M, Ryu J-S, et al. Prevalence of *Trichomonas vaginalis* in Women Visiting 2 Obstetrics and Gynecology Clinics in Daegu, South Korea. *The Korean Journal of Parasitology* [Internet]. 2016;54(1):75-80. Disponible en: <https://www.parasitol.kr/upload/pdf/kjp-54-1-75.pdf>



22. Díaz Pérez DM, Retureta Milán SE, Vega Lorenzo Y, Martínez Lorenzo FY, Hidalgo Ávila M, Pulido Hernández I. Factores de riesgo asociados al parto prematuro en el Policlínico Norte de Ciego de Ávila, 2011-2012. *MEDICIEGO*. 2015;21(3):34-43.
23. Rodríguez Márquez A, Hernández Barrio E, Villafuerte Reinante J, Mesa Montero ZT, Hernández Cabrera Y, López Rodríguez del Rey AM. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. *Cienfuegos 2012. Medisur*. 2019;17(4):505-13.
24. Yarlagadda S, Sajana G, Narra PJL. Association of vaginal infections in Preterm labour. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2018;7(6):2174-9.
25. Kavya K, Aruna M. Prevalence of Bacterial Vaginosis in Preterm and Term Labour- An Observational Study. *Investigations in Gynecology Research & Womens Health*. 2019;3(2):220-6.
26. Zumba Castillo JE. Factores de riesgo relacionados con la presentación de amenaza de parto prematuro, en pacientes atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Básico San Vicente de Paúl del Cantón Pasaje [Tesis]. [Loja, Ecuador]: Universidad Nacional de Loja; 2017.
27. Gómez-Garzón M, Hernández-Yesid G, Cruz-Hernández CL, Pérez-Lozada JT, Rodríguez-Preval N, Torres-Tobar L. Identificación de microorganismos vaginales en pacientes en trabajo de parto pretérmino. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2019;87(7):436-46. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2019/gom197d.pdf>
28. Bekele I, Demeke T, Dugna K. Prevalence of Preterm Birth and its Associated Factors among Mothers Delivered in Jimma University Specialized Teaching and Referral Hospital, Jimma Zone, Oromia Regional State, South West Ethiopia. *Journal of Women's Health Care* [Internet]. 2017;6(1):1-10. Disponible en: <https://www.longdom.org/open-access/prevalence-of-preterm-birth-and-its-associated-factors-among-mothers-delivered-in-jimma-university-specialized-teaching-and-referra-2167-0420-1000356.pdf>
29. Abanto-Bojorquez D, Soto A. Urinary Tract Infection and Threatened Preterm Delivery in Teenage Pregnancies of a Peruvian Hospital. *Rev Fac Med Hum*. 2020;20(3):419-24.
30. Noack Sierra A, Quiroa Robledo M, Chocó-Cedillos A. Estado nutricional de embarazadas con complicaciones obstétricas y neonatales atendidas en el Hospital Roosevelt. *Revista Científica*. 2018;28(1).
31. Tyagi S, Singh Toteja G, Bhatia N. Maternal Nutritional Status and Its Relation with Birth Weight. *International Journal of Health Sciences & Research* [Internet]. 2017;7(8):422-33. Disponible en: https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.7_Issue.8_Aug2017/63.pdf

32. Escalante Lanza G, Delcid Morazan AF, Barcan Batchvarof ME, González CH, Guevara I, Lagos S, et al. Caracterización del Nacimiento Pretérmino en Embarazadas Atendidas en el Hospital Materno Infantil. Archivos de Medicina [Internet]. 2017;13(1):1-6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6060896.pdf>
33. Quezada Carpio GE, González Santillán LC, Fariño Villacrés ÁD, Bedoya Acosta JM. Características epidemiológicas y factores de riesgo relacionados con el parto pretérmino. Universidad, Ciencia y Tecnología. 2019;1(1):80-5.
34. Ojeda R, Ángel K, Rodríguez E, Andueza G. Período intergenésico corto y factores asociados, en embarazadas hospitalizadas en Acanceh, Yucatán, México. Revista de Ciencias de la Salud [Internet]. 2016;3(8):38-42. Disponible en: https://www.ecorfan.org/bolivia/researchjournals/Ciencias_de_la_Salud/vol3num8/Revista_Ciencias_de_la_Salud_V3_N8_5.pdf
35. Casanga Toledo DCB, San Martín Roldán D. Perfil de gestantes con parto prematuro portadoras de uretritis no gonocócica del Hospital San José del Carmen de Copiapó, año 2018. Mat Actual. 2021;1(1):17-29.
36. Prajarto HW, Pramono BA. The Association of Cervical Length, Bacterial Vaginosis, Urinary Tract Infection and Premature Rupture of Membranes to The Imminent Preterm Labour. Diponegoro International Medical Journal (DIMJ). 2020;1(2):10-6.
37. Faruqi A. Bacterial Vaginosis: Risk of Adverse Pregnancy Outcome. J Gynecol Res Obstet. 2018;4(2):015-7.
38. Torres Lestrade OD, Hernández Pacheco I, Meneses Núñez C, Ruvalcaba Ledezma JC. Infección urinaria como factor de riesgo para parto pretérmino. JONNPR. 2020;5(11).
39. Siemefto Kamgang F de P, Maise HC, Moodley J. Pregnant women admitted with urinary tract infections to a public sector hospital in South Africa: Are there lessons to learn? Southern African Journal of Infectious Diseases. 2016;31(3):79-83.
40. Brhane M, Hagos B, Abrha MW, Weldearegay HG. Does short inter-pregnancy interval predicts the risk of preterm birth in Northern Ethiopia? BMC Research Notes. 2019;12(405):1-6.
41. Tedesco RP, Galvão RB, Guida JP, Passini-Júnior R, Lajos GJ, Nomura ML, et al. The role of maternal infection in preterm birth: evidence from the Brazilian Multicentre Study on Preterm Birth (EMIP). Clinics [Internet]. 2020;75(e1508):1-6. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1807-59322020000100221&lng=en&nrm=iso&tlng=en

XII. ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de variables

Tabla 14. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo de vida de una persona, desde el nacimiento hasta el momento del registro.	Años de vida cumplidos	Cuantitativa – ordinal 1. Menor de 20 años 2. 20 a 25 años 3. 26 a 30 años 4. 31 a 35 años 5. Más de 35 años
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Autorreferencial de la paciente o por cédula de identidad de la paciente	Cualitativa – Nominal 1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Divorciada/separada 5. Viuda
Lugar de residencia	Lugar geográfico en el que viven las personas de acuerdo con el número de habitantes y actividades económicas predominantes	Tipo de residencia	Cualitativa – Nominal 1. Urbana 2. Rural
Nivel educativo	Nivel alcanzado por la paciente en el sistema educativo formal.	Último nivel educativo aprobado; autorreferencial de la paciente.	Cualitativa – Nominal 1. Sin Nivel 2. Preparatoria (1er Grado EGB) 3. Básica Elemental (2° – 4° EGB) 4. Básica Media (5° – 7° EGB) 5. Básica Superior (8° – 10° EGB) 6. Bachillerato (BGU) 7. Técnico Superior 8. Universitaria
Ocupación	Situación laboral al momento del registro en historia clínica	Autorreferencial de la paciente	Cualitativa – Nominal 1. Trabaja 2. No Trabaja
Peso	Medición que determina la masa de un cuerpo.	Peso en kilogramos	Cuantitativa – De escala Número Real con un (1) decimal
Talla	Medición que determina la estatura de un cuerpo.	Altura de la paciente en centímetros	Cuantitativa – De escala Número Real sin decimales
Índice de Masa Corporal (IMC)	Relación entre peso y talla de la paciente, según tabla de Rosso Mardones.	Resultado del cálculo: $IMC = \frac{Peso}{Talla^2}$	Cualitativa – Ordinal 1. Insuficiencia Ponderal (IMC < 18,50) 2. Normal (IMC: 18,50 – 24,99) 3. Sobrepeso (IMC: 25,00 – 29,99) 4. Obesidad (IMC > 30,00)

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Total de gestaciones	Número de embarazos con parto hasta el embarazo actual.	Cantidad de gestaciones	Cualitativa – Ordinal 1. Nulípara 2. Primípara 3. Secundípara: 2 partos 4. Multípara: 3 o más partos
Periodo intergenésico	Periodo de tiempo entre el actual parto y el anterior.	Tiempo en meses	Cuantitativa – Ordinal 1. Menos de 24 meses 2. 24 meses o más
Patologías	Patologías referidas relacionadas con el embarazo actual.	Diagnóstico en historia clínica	Cualitativa – Nominal 1. Aborto 2. Amenaza de parto prematuro 3. Parto prematuro 4. THG
Edad gestacional	Duración del embarazo medido en semanas de gestación, desde el inicio del embarazo hasta el momento del parto.	Seguimiento de control prenatal; semanas de embarazo	Cuantitativa, discreta – De escala Número entero
Controles prenatales	Consultas realizadas durante la última gestación.	Número de controles	Cuantitativa – Ordinal 1. 0 a 5 controles 2. 6 a 9 controles 3. 10 o más controles
Infecciones del embarazo actual	Hallazgos determinados en el diagnóstico clínico sobre las infecciones observadas en la madre, relacionadas con el aparato reproductor.	Diagnóstico registrado	Cualitativa – Nominal 1. Infección del tracto urinario 2. Infección vaginal: Vaginosis 3. Infección vaginal: Candidiasis 4. Infección vaginal: Tricomoniasis 5. Otra (especifique) 6. Ninguna
Tipo de parto	Procedimiento llevado a cabo para el nacimiento, ya sea por labores de parto vaginal o por intervención quirúrgica.	Registro clínico	Cualitativa – Nominal 1. Parto Vaginal 2. Cesárea
Examen de orina	Determinación de la presencia de infección mediante prueba de laboratorio en la orina.	Resultado de laboratorio	Cualitativa – Nominal 1. Infeccioso 2. No infeccioso

Elaborado por: Ana P. Luzuriaga O.; Brian J. Lucero P.

Anexo 2. Formulario de recolección de datos

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

**Prematuridad asociada a afecciones ginecológicas y obstétricas en el Hospital
“Vicente Corral Moscoso”, Cuenca – 2019.**

Ficha de Recolección de Datos

Historia clínica: _____ Ficha Nro.: _____

Variables Sociodemográficas

1) Edad de la madre: _____ años

2) Estado Civil:

- 1. Soltera _____
- 2. Casada _____
- 3. Unión libre _____
- 4. Divorciada/separada _____
- 5. Viuda _____

3) Lugar de residencia:

- 1. Urbano _____
- 2. Rural _____

4) Nivel Educativo:

- | | |
|---|---|
| 1. Sin Nivel _____ | 5. Básica Superior (8° – 10° EGB) _____ |
| 2. Preparatoria (1er Grado EGB) _____ | 6. Bachillerato (BGU) _____ |
| 3. Básica Elemental (2° – 4° EGB) _____ | 7. Técnico Superior _____ |
| 4. Básica Media (5° – 7° EGB) _____ | 8. Universitaria _____ |

5) Ocupación:

1. Trabaja _____ 2. No trabaja _____

Estado Nutricional de la Madre

6) Peso: _____ kg

7) Talla: _____ cm

Antecedentes Gineco-Obstétricos

8) Número Total de Gestaciones: _____

9) Paridad:

- 1. Nulípara _____
- 2. Primípara _____
- 3. Multípara: 2 partos _____
- 4. Multípara: 3 o más partos _____



10) Período intergenésico

1. Menor de 24 meses ____
2. 24 meses o más ____
3. No aplica ____

11) Patologías:

1. Aborto ____
2. Amenaza de parto prematuro ____
3. Parto prematuro ____
4. THG ____

Características Obstétricas – Parto actual

12) Edad gestacional: _____ semanas

13) Número de Controles Prenatales

1. 0 a 5 controles ____
2. 6 a 9 controles ____
3. 10 o más controles ____

14) Infecciones del embarazo actual:

1. Infección del tracto urinario ____
2. Infección vaginal: Vaginosis ____
3. Infección vaginal: Candidiasis ____
4. Infección vaginal: Tricomoniasis ____
5. Otra (especifique) _____
6. Ninguna ____

15) Tipo de parto (actual)

1. Parto Vaginal ____
2. Cesárea ____

16) Examen de orina:

1. Infeccioso ____
2. No infeccioso ____



Anexo 3. Solicitud de autorización

Cuenca, 20 de noviembre de 2020

Dra. Viviana Barros

DIRECTORA DE LA UNIDAD DE DOCENCIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

De nuestra consideración:

Con un respetuoso saludo nos dirigimos a usted para solicitar de la manera más encarecida su autorización para que las estudiantes de la carrera de Medicina y Cirugía, **Ana Paula Luzuriaga Orellana y Brian Josué Lucero Pazmiño** puedan acceder al área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso con la propósito de recolectar información requerida para el desarrollo de una investigación de fin de grado, cuyo tema es **“PREMATURIDAD ASOCIADA A AFECCIONES GINECOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS EN EL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”, CUENCA – 2019”**.

El estudio estuvo dirigido por el **Dr. Jorge Victoriano Mejía Chicaiza**, docente de la facultad. Por la favorable atención que se digne dar a la presente y en espera de una respuesta positiva anticipamos nuestros agradecimientos.

Atentamente,

Estudiante

Ana Paula Luzuriaga Orellana
CC: 0106458623

Estudiante

Brian Josué Lucero Pazmiño
CC:0106770415